UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Année 1973 **THÈSE** N°

POUR LE

56

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

Mademoiselle GUETTIER B.

Né le 8 Mai 1947 à BREZOLLES (Eure et Loir)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

EXISTE-T-IL UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE DE L'ENFANT IMMIGRE ? SPECIFIQUE

Président : Monsieur SERGE LEBOVICI, Professeur

UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Année 1973 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

Mademoiselle GUETTIER B.

LIBRARY MEDICAL SCHOOL

Né le 8 Mai 1947 à BREZOLLES (Eure et Loir)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

EXISTE-T-IL UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE DE L'ENFANT IMMIGRE ? SPECIFIQUE

Président : Monsieur SERGE LEBOVICI, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon père, à ma mère,
A mes frères, à ma soeur,
A ma famille,
A mes amis.

A mon maître, le Professeur LEBOVICI, qui me fait l'honneur de présider cette thèse et qui m'a aidée dans mes recherches. Je le remercie vivement de même que pour l'enseignement qu'il m'a procuré.

A mes maîtres, à l'hopital :

Le Professeur LOEPER,

Le Professeur EDELMAN,

Le Professeur FACQUET,

Le Docteur LIEVRE,

Le Professeur MERCADIER,

Le Professeur URHY,

Madame le Docteur DEMAY,

Le Professeur LAPLANE,

Le Docteur BEQUART

Aux équipes médicales et para-médicales avec lesquelles j'ai travaillé ; je les remercie de leur accueil et de leur enseignement.

Je remercie tous ceux qui m'ont aidée dans la réalisation de ce travail et spécialement les psychiatres et les travailleurs sociaux qui m'ont relaté leur expérience auprès des migrants.

P L A N

Introduction

Chapitre I : Situation actuelle de l'immigration en France
Place de la migration familiale.

Chapitre II : Les effets de la transplantation.

Chapitre III : Difficultes d'adaptation de l'enfant immigré.
A - Nourrisson et enfant d'âge pré-scolaire.
B - L'enfant d'âge scolaire.
C - L'adolescent.

Chapitre IV : Psychopathologie de l'enfant immigré.

Chapitre V : Modalités de prise en charge en psychiatrie.

Chapitre VI : Etude de dossiers.

Conclusion

Bibliographie

INTRODUCTION

Depuis une quinzaine d'années, l'immigration en France a pris une importance considérable, essentiellement économique (actuellement 7 % de la population française est constituée de migrants). De nombreuses études psychiatriques ont essayé de cerner une psychopathologie plus spécifique des ressortissants étrangers adultes. Ces phénomènes sont actuellement bien connus, liés à la transplantation, l'isolement, l'acculturation.

La migration familiale a pris également de l'importance aussi les interventions psychiatriques pour les enfants sont devenues fréquentes posant des problèmes particuliers nous semble-t-il; par exemple, il nous faut différencier des difficultés d'adaptation de problèmes pathologiques, évaluer des retard de langage chez les enfants bilingues sous-stimulés culturellement, évaluer un échec scolaire, un niveau intellectuel dans un contexte socio-culturel particulier. L'histoire familiale des migrants est importante à considérer dans les processus morbides ; il faut tenir compte de la culture d'origine pour interprêter certains symptômes.

Bien que notre but soit l'étude d'une psychopathologie particulière face à la transplantation, nous serons amenée à insister sur les facteurs psycho-sociaux de cet évènement, seule manière de comprendre la particularité des processus morbides dans ce contexte. Ainsi, nous allons préciser les effets de la transplantation sur le groupe familial et les enfants, en insistant sur l'acculturation. Puis, nous

rappelerons le contexte psycho-social d'insertion de l'enfant immigré au pays d'accueil lors des différents âges de sa vie : nourrisson, âge pré-scolaire, âge scolaire, adolescence. Nous essaierons, ainsi, de mettre en évidence les facteurs sociaux pouvant entraîner des difficultés d'adaptation et influer sur les processus morbides.

A la lumière de ces faits psycho-sociaux, nous tenterons une interprétation des troubles mentaux des enfants immigrés, de mettre en évidence une spécificité éventuelle tout en tenant compte, bien sûr, des facteurs individuels intervenant dans l'éclosion d'une psychopathologie. Nous nous demanderons si la prise en charge en hygiène mental de ces enfants ne pose pas non plus de problèmes particuliers. Nous illustrerons enfin notre propos par l'étude de six enfants de migrants présentant des troubles mentaux et ayant posé des problèmes particuliers quant aux manifestations symptomatiques et quant à l'incidence de la transplantation sur la survenue de leur psychopathologie.

C H A P I T R E I

SITUATION ACTUELLE DE L'IMMIGRATION EN FRANCE.

PLACE DE LA MIGRATION FAMILIALE.

Depuis 1956, l'immigration en France est devenue importante, essentiellement économique. En 1969, 3 000 000 d'étrangers et leurs familles vivent en France. L'O.N.I. (Office National de l'Immigration) supervise en principe cette immigration : contrôle des entrées, examens médicaux, protection du migrant... L'O.N.I. a favorisé l'immigration familiale et le mouvement de naturalisation. Cependant, moins de 30% des immigrants sont rejoints par leur famille (Algériens, 20%).

Lors de la reconstitution de la famille, tous les problèmes ne sont pas résolus :

- La séparation a pu durer plusieurs années ;
- L'adaptation à une nouvelle société est parfois difficile.

Le rapport membres de famille/travailleurs migrants permanents diffère beaucoup d'un groupe national à l'autre. Il est nettement plus fort chez les espagnols et les italiens ce qui correspond à l'intégration plus avancée de ces deux nationalités à la nation française. Il progresse chez les portugais mais reste faible chez les marocains, tunisiens et yougoslaves. Pour les travailleurs d'Afrique Noire, ce sont souvent des célibataires qui retournent dans leur pays au bout de deux à trois ans.

Il faut souligner ici les difficultés socio-économiques des migrants : plus de 20% des immigrés en France habitent actuellement dans des bidonvilles ou autres habitations de fortune (B. GRANOTIER, 1970). La résorption de ces bidonvilles ne se fait d'ailleurs pas sans difficultés. Quelques familles vont dans d'autres bidonvilles, d'autres, dans des cités de transit, des foyers ou des centres d'hébergement. Ces dernières solutions ne sont pas toujours acceptées, car difficiles à assumer sur le plan financier parfois, et elles brisent les communautés à base nationale qui assurent un minimum de sécurité psychologique. Les autres solutions, meublés, hotels, foyers, bien que plus satisfaisants, présentent des conditions d'hygiène très précaires (parfois 7 à 8 personnes dans une même chambre). Il faut mettre ces conditions d'hébergement en parallèle avec les conditions d'emploi du travailleur migrant (bas salaires pratiqués, travaux les plus difficiles sur le plan physique, laissés pour compte par les français).

Toutes ces conditions sont importantes à considérer vu leur influence sur le développement des enfants. Ainsi, MadameCHOMBART DE LAWE dans "Psychopathologie sociale de l'enfance inadaptée" a pu isoler quelques variables déterminantes dans les processus morbides se développant chez l'enfant :

- aspect écologique
- logement
- catégorie socio-professionnelle
- composition du couple parental
- nombre de changement de milieu

(en plus de la place de l'enfant dans la fratrie, l'hérédité). Ces facteurs matériels sont souvent pathogènes en ce qui concerne l'enfant immigré. Cependant, les migrants les plus motivés et les plus organisés arrivent à une meilleure intégration sociale malgré les difficultés d'arrivée.

Nous envisageons maintenant la place de la femme

dans cette immigration familiale. Le travail est le mode privilégié d'adaptation à la société environnante. Or, la plupart des femmes viennent au titre de l'immigration familiale et pour elles, les risques d'isolement sont beaucoup plus grands. Elle est la gardienne des traditions ancestrales ; elle est moins en contact avec le monde extérieur que son mari et ses enfants ; elle évolue moins vite et peut devenir ainsi une étrangère pour sa famille, surtout par rapport aux enfants. Plus que les autres membres de la famille, elle entretient le désir de rentrer "au pays".

La situation du mari : l'homme en général arrive plusieurs années, dans le pays d'accueil, avant d'être rejoint par sa famille. Il se crèe ainsi une distance culturelle entre lui et sa famille.

La migration familiale est longue et complexe, faite surtout de séparations. Restés seuls avec leur mère, ou avec les grand-parents, les enfants ont souvent souffert d'une carence d'affection et d'autorité. Même lorsqu'ils retrouvent un foyer uni (ce qui n'est pas toujours le cas) ils restent des enfants difficiles et anxieux. Cette immigration en plusieurs étapes est certainement une épreuve pour les membres de la famille.

En fin, cette migration est différente marquée par l'incertitude du retour et l'absence de projet à long terme chez les parents. Ceci rend cette migration très différente des grandes migrationsintercontinentales vers les U.S.A., vers l'Australie etc. ou bien l'immigration des juifs d'Europe centrale avant la dernière guerre, pour lesquels il y avait un renoncement définitif au pays d'origine. Pour le travailleur migrant qui vient gagner mieux sa vie pour envoyer de l'argent à sa famille et repartir éventuellement, il existe certainement une ambivalence dans le désir de s'adapter au pays d'accueil. Les parents sont tentés de rentrer chez eux après un certain

temps, mais la meilleure insertion de leurs enfants, une meilleure possibilité de promotion pour eux peuvent rendre l'immigration définitive.

C H A P I T R E II

LES EFFETS DE LA TRANSPLANTATION.

L'individu transplanté relève de plusieurs phénomènes psycho-saciaux : détermination partielle par sa culture d'origine, renoncement au pays d'une manière plus ou moins définitive, intégration au pays d'accueil. Ces faits nous semblent expliquer la dynamique de la transplantation et son contexte psycho-social.

Le migrant appartient à une culture particulière plus ou moins différente du milieu d'accueil ayant un déterminisme sur son psychisme. L'individu reçoit l'influence de facteurs constitutionnels (hérédité, génotype) et de facteurs circonstanciels (rôle des évènements et situations vécues) ou agissent la société et la cellule familiale. C'est cette dernière interaction qui nous intéresse ici et nous nous réferons aux théories d'anthropologie culturelle, du culturalisme et de la psychanalyse. Les premières ont étudié les relations de l'individu avec son milieu culturel (M. MEAD, R. BENEDICT, A. KARDINER et.LINTON) par des recherches sur différentes ethnies : c'est la recherche de la personnalité modale ou personnalité de base (KARDINER). Il s'agit de découvrir au coeur de la psyché de l'individu, l'empreinte inconsciente des institutions sociales et au coeur de la société, la trace d'un sujet qui soit le référent de toutes les significations objectives. Parmi les systèmes d'intégration de

l'individu à sa culture, les plus importants aux yeux de Mr KARDINER sont les disciplines auxquelles l'enfant est soumis, ces "institutions primaires" que constituent les règles de l'alimentation, les moeurs familiales et les interdits sexuels. La personnalité modale ou personnalité de base est commune à tous les membres du groupe qui ont subi ces institutions primaires ainsi que des "institutions secondaires" comme la religion et le folklore. Ceux-ci sont des essais pour résoudre les tensions internes que cette personnalité commune peut comporter.;

Par exemple, nous relatons ainsi l'étude des Alorais (Cora du Bois - 1944) qui comporte une étude des coutumes complétée par des biographies individuelles et des tests projectifs. L'enfant est séparé de sa mère à 15 jours et frustré de diverses manières. Il n'y a pas d'éducation sphinctérienne, le développement paraît se dérouler dans l'anarchie. Cette éducation engendre la dépression et la crainte ; l'adolescente s'exprime par le vol et la fugue, l'attitude envers la femme est ambigue, l'homme est incapable de s'attacher ; le Moi est faible avec des tendances dépressives, une agressivité réprimée, une absence d'idéal très compensée par la ventardise et la prétention, l'envie, le mensonge et les activités de type féminin ; le caractère des femmes est très désorganisé voisin de celui des malades mentaux les plus graves.

La personnalité modale résulte ainsi des échanges dialectiques entre la société qui fournit les traits primaires et l'individu qui fournit à son tour les traits secondaires. Les caractères individuels se définissent par rapport à la personnalité de base dont il s'écarte plus ou moins tandis que la personnalité modale assure la stabilité de la société. Ainsi peut se préciser l'influence du groupe social sur le développement du Moi et du Sur-Moi.

De même, les études culturalistes exploitent les données réelles et actuelles des situations. La peur et l'angoisse résultent de l'ambiance : ce sont des suites de conditionnements acquis très tôt par l'enfant. Les complexes et les fantasmes sont engendrés par la pression sociale et ainsi, on pourrait déduire que la pathologie résulte de conditions sociales défavorables au développement.

Par contre, les psychanalystes, tout en tenant compte de la réalité des expériences précoces, insistent sur la fantasmatisation des expériences. Ils s'attachent moins au traumatisme qu'au vécu traumatique de l'histoire pouvant entrainer des processus répétitifs grâce à la transposition inconsciente (l'analyse ne vise pas l'adaptation de l'individu à un cadre social mais l'intégration par le sujet de ses besoins et de ses conflits avec le milieu).

Ainsi, à la lumière de ces théories, on peut discerner les parts respectives de la nature et de la culture dans les traits de base de la personnalité. La culture va utiliser, réprimer ou ordonner les besoins biologiques. On peut ainsi étudier les moeurs entourant la sexualité (tabou de l'inceste, angoisse de castration, l'Oedipe), l'agressivité (son utilisation dans la société, sa sublimation, sa répression), et préciser la relation précoce de l'enfant avec sa mère, les modes alimentaires, les frustrations, l'éducation spinctérienne. Toutes ces coutumes agissent sur la structure profonde inconsciente de l'individu; leur étude permet de reconnaître la détermination culturelle du sujet.

Lors de la migration, le choc culturel d'autant plus important que la culture originelle est différente de la culture du milieu d'accueil, peut créer une certaine vulnérabilité sans être pathogène d'une manière importante. Ce choc se manifeste dans la symptomatologie sans être déterminant pour l'incident morbide.

Le migrant nous renvoie ainsi à ses caractéristiques culturelles d'autant que sa culture est différente de la nôtre (dans le cadre de la migration en France, Algériens, Antillais, Africains ...).

A sa particularité ethno-sociale, s'ajoute sa situation affective de transplanté. Le migrant a quitté son pays d'origine, sa terre, symbôle de la mère (Mère-patrie) et aussi du père (en allemand: Vaterland). L'individu éprouve la nostalgie de la"mère", du lieu, de ses images identificatoires. Le déplacement spatial mobilise les angoisses primitives de déplacement,d'abandon, de sevrage. Il faut rappeler ici la fréquence des frustrations orales chez les immigrés "le monde originaire, c'est celui de la première enfance, de la chaleur du sein, du plaisir tactile et du plaisir de la bouche que le départ du pays maternel avive. La boulimie et l'anorexie sont fréquents chez les tranplantés de même que le recours à l'alcoolisme"

Tout ceci explique le contexte psycho-affectif du migrant si important à considérer, fait d'une grande nostalgie pouvant aboutir à la dépression et au repliement sur soi. Cette nostalgie peut se transmettre aux générations successives (cf. la nostalgie de la Diaspora relatée dans la correspondance d'A. SWEIG et S. FREUD).

Cette perte du milieu familial est d'autant plus accentuée que l'immigré a à renoncer à sa dulture d'origine, qu'il ne peut reconstituer un groupe de co-migrants de même issue socio-culturelle assurant un minimum de sécurité psychologique. Ce phénomène est aussi accentué par une intégration difficile :dévalorisation du statut social lors de l'immigration malgré l'amélioration financière, conditions écologiques précaires (bidon-villes, quartiers insalubres). Tous ces phénomènes dernièrement situés, créent un contraste important entre l'idéalisation du pays d'accueil, les idées pré-concues

les espoirs irréalistes avant la transplantation et les conditions réelles réservées aux migrants dans le nouveau milieu. Ces phénomènes ont une grande importance dans l'éclosion des processus pathogènes. Il faut noter aussi que le vécu dépressif du migrant est rencontré d'autant plus fréquemment que le vécu antérieur a été traumatisant (guerres, troubles politiques etc...).

Nous allons maintenant étudier le problème de l'intégration du migrant dans un nouveau milieu. Deux cas peuvent se présenter, ou le groupe déplacé se veut tributaire de sa culture d'origine (cas des colons en pays conquis)ou le groupe a à intégrer la culture du pays d'accueil (réfugiés politiques et la plupart des immigrants économiques).

Le migrant doit s'accorder à de nouvelles normes ; il se reconsidère lui-même et se remet en cause puisque les déterminismes sociaux acquis dans l'enfance et faisant partie de lui, ne sont plus adéquats au nouveau milieu. Le transplanté malgré ses difficultés affectives et culturelles a souvent la volonté de s'assimiler, facteur important pour la réussite de sa transplantation et pour son équilibre psychique. Il oscille cependant entre le désir de s'assimiler et celui de garder des attaches originelles auxquelles la femme est encore plus attachée. Cette ambivalence dans l'adaptation se majore dans le cadre de l'immigration économique où les migrés aspirent souvent à retourner au pays d'origine (ils émigrent pour envoyer de l'argent à la famille et à priori pour une période transitoire). Ceci rend dette migration difficile à réussir, au contraire de la migration des juifs polonais d'avant guerre qui désiraient s'intégrer, ayant totalement renoncé au pays d'origine.

L'acculturation, c'est-à-dire, l'apprentissage des nouveaux mécanismes culturels est très importante à connaître pour comprendre l'équilibrepsychique du transplanté.

L'individu face à son nouveau milieu culturel n'a pas seulement à s'adapter, à assimiler de nouvelles valeurs et normes de vie mais aussi à subir des transformations successives. Il est refaçonné par le nouveau milieu bien que l'éducation ancienne ne soit cependant pas détruite. Il se crée un conflit intérieur de deux Moi culturels pouvant être contradictoires. C'est une période essentielle dans l'éclosion des troubles mentaux.

Cette acculturation d'un groupe déplacé peut être compromise par le fait du rejet de ce groupe par la majorité autochtone. L'intégration devient défectueuse, interdisant une citoyenneté à part entière. Il se produit alors une véritable déculturation suivie de l'acquisition d'une sous-culture de ghetto différant assez largement de celles des milieux d'origine et d'accueil. Les migrants rejoignent alors les autres groupes de marginaux.

Par rapport à ces conflits culturels, on insiste en France sur la différence entre personnalité de base et le nouvel environnement. L'école américaine se préoccuppe davantage des transformations successives de l'individu au fur et à mesure qu'il assimile les nouvelles normes de vie :le conflit culturel s'intériorise progressivement.
Ces deux types d'explications permettent de comprendre :
- d'une part les crises primaires de la personnalité où le conflit est bien extérieur : entre personnalité de base et nouveau milieu. Ici prédominent des phénomènes pathologiques aigus (dépressions, délires du deuxième semestre).
- d'autre part les troubles secondaires où dominent la marginalité de l'individu, l'instabilité, l'ambivalence des attitudes, le désespoir car on ne peut suivre deux courants culturels parfois opposés, l'accroissement de l'émotivité.

Pour l'adulte migrant, lors de la transplantation, trois phénomènes psycho-saciaux sont confrontés nous semble-t-il.

Il y a le déterminisme culturel du milieu originel, la perte de ce milieu, l'acculturation. Ces faits permettent d'expliquer la dynamique psychologique de la transplantation.

Nous allons maintenant étudier les répercussions plus spécifiques de la migration sur l'enfant. La culture familiale est souvent altérée du fait de cette migration à moins qu'elle ne soit renforcée par réaction aux difficultés existantes dans le nouveau milieu. Le plus souvent, le déterminisme culturel familial est moins net chez l'enfant ayant immigré avec sa famille, celle-ci étant remise en cause du fait des nouvelles conditions d'existence. D'autre part, s'il a perdu sa terre, l'enfant a gardé le plus souvent (à part le cas plus rare de quelques adolescents émigrant seuls)son milieu familial qui assure une continuité affective et culturelle,le mettant à l'abri de crises conflictuelles aigues. Précocément, il a intégré deux cultures en même temps mais qui peuvent être contradictoires : culture familiale et culture sociale par l'intermédiaire de l'école. Ces difficultés nous semblent résider au niveau des images identificatoires : celles proposées par l'école -professeurs, enfants français, images culturelles- et celles de la famille, pouvant apparaître opposées d'autant que les parents sont en proie à des difficultés d'existence et peuvent être défaillants sur le plan affectif, autoritaire et ne pas apporter les stimulations nécessaires. L'enfant vit confusément cette double appartenance culturelle ; il s'adapte souvent mieux que les adultes.Dans le cadre de la migration familiale il est souvent le plus rapidement intégré et peut être par là même valorisé servant, par exemple d'interprête et d'intermédiaire entre ses parents et les instances sociales.

C'est souvent, lors de l'adolescence, que le conflit culturel intériorisé prend le plus d'acuité. Les crises survenant lors de l'histoire de l'individu peuvent remettre en cause cette bi-appartenance. Pour l'enfant, il faut souligner

que l'intégration est freinée si la cohésion du groupe de co-migrants est trop importante.

Ainsi, la transplantation pour lui est certainement moins traumatisante que pour l'adulte ayant immigré seul. MALZBERG qui a étudié les enfants américains de migrants a trouvé que ceux-là présentaient sans doute des taux plus élevés de troubles mentaux que les enfants américains d'origine mais plus faibles que ceux des groupes d'étrangers adultes. Des études sur plusieurs générations montrent une intégration progressive, le facteur ethnique ne jouant plus alors en tant que groupe social. Cependant, la culture originelle peut être conservée longtemps d'autant qu'elle est soutenue par une religion et des conditions d'existence difficiles. Des crises politiques et sociales peuvent remettre en cause l'identité du sujet, son existence et l'amener à se reposer le problème de son origine (cf le déracinement social et spirituel de nombreux juifs intellectuels d'Europe Centrale avant la dernière guerre).

Ainsi, pour interprêter globalement les troubles mentaux chez les migrants, s'il y a lieu, il faut avoir recours à différents niveaux d'interprêtation :

- sociologiques : culture originelle, statut social, situation écologique ...
- psychanalytiques cernant des problèmes individuels et sociaux également.

L'enfant semble donc mieux s'adapter que l'adulte. Ses difficultés essentielles étant de l'ordre de l'identification. Nous devons maintenant apprécier dans quel contexte social il a à s'adapter aux différents âges de sa vie avant d'essayer de cerner une psycho-pathologie qui serait plus particulière à l'enfant de migrants.

C H A P I T R E III

DIFFICULTES D'ADAPTATION DE L'ENFANT IMMIGRE.

Ainsi, nous avons vu que la transplantation chez l'enfant immigré n'entrainait pas une psychopathologie aigüe et immédiate (phénomène rencontré chez l'adulte et très spécifique). Par contre, s'il y a psychopathologie spécifique chez l'enfant immigré, elle est plus insidieuse et liée à des problèmes d'adaptation.

Autant la pathologie de l'immigrant adulte a été étudiée et bien cernée (délire du 2ème semestre d'implantation, dépression, état confusionnel, sinistrose...) autant il y a eu peu de recherches (peu de recherches numériques surtout) sur les processus morbides des enfants immigrés. Il faut dire que l'influence de la transplantation est moins nette , que les symptomes psychiatriques chez l'enfant sont labiles. Il serait nécessaire de faire des études longitudinales pour comprendre ces processus en profondeur.

Nous allons donc maintenant insister sur les difficultés d'adaptation de l'enfant immigré, suivant les différentes étapes de l'enfance, pour tenter enfin de faire une interprétation psychiatrique des troubles présentés par de tels enfants.

A - LE NOURRISSON ET L'ENFANT D'AGE PRE-SCOLAIRE.

LE NOURRISSON :

Il n'existe pas à ce stade de problèmes particuliers à l'enfant. Pourtant nous devons souligner l'importance des relations mère-enfant à cette période, et l'organisation des relations objectales primordiales pour l'avenir de l'enfant. Plusieurs facteurs peuvent intervenir ici :

1 - Un élément très lié au phénomène de la transplantation : le vécu de la mère. La migration représente toujours une difficulté soit dans son déroulement (en plusieurs étapes, avec séparation des membres de la famille) soit dans l'adaptation au pays d'accueil. Ainsi, la mère peut être dépressive et ne peut apporter à l'enfant les stimulations nécessaires et au décours de la phase dépressive de l'enfant ne peut avoir activité réparatrice. La maturation intellectuelle (entre autres) dépend de cette phase où l'enfant établit et développe des relations objectales et acquiert les fonctions instrumentales. Les intérêts sensoriels et l'élaboration motrice permettent la reconnaissance progressive du monde extérieur. Pour le développement cognitif, il faut que se développent des investissements (et de la mère et de l'enfant) et une autonomisation (désirée également, au prix d'un certain désinvestissement par la mère).

2 - Si la mère désire travailler en France, l'enfant peut être placé chez les grands-parents au pays d'origine (ceci posant quelquefois des difficultés lors de la réintégration de l'enfant dans sa famille) ou bien en nourrice.
Les difficultés d'habitat rendent précaire la santé des enfants qui sont sujets souvent à des infections banales ou à la tuberculose ou au rachitisme. Il est nécessaire d'avoir recours à l'hospitalisation d'une manière plus fréquente et plus prolongée que pour les enfants français (Dr STRAUSS).

Ces hospitalisations réitérées peuvent entrainer une pathologie de carence : "l'hospitalisme".

3 - Au cours de la première année, il faut tenir compte des facteurs culturaux influençant la manière de s'occuper des enfants : il faut ainsi considérer les modes alimentaires, le sevrage, l'éducation sphinctérienne, la distance mère-enfant qui peut être très proche et rendre précaires les tentatives d'autonomisation, la répartition des rôles, par exemple pour les jeunes migrantes algériennes qui se trouvent en difficulté avec leur nourrisson lorsqu'elles ne s'en sont jamais occupé du fait de la répartition très poussée des tâches domestiques entre les femmes de la famille.

L'ENFANT D'AGE PRE-SCOLAIRE.

L'enfant de 2 à 5 ans continue à affirmer son autonomisation. A cette période, il est encore perpétuellement en contact avec sa famille et c'est en fonction de celle-ci qu'il s'organise ; il en partage la sécurité ou l'insécurité. Dans ses difficultés d'adaptation, la famille peut être très repliée sur elle-même, essayant de protéger au maximum l'enfant "contre" l'extérieur. Ou bien, elle désire s'adapter à tout prix en étant particulièrement exigeante vis à vis de l'enfant (le désir des parents de réussir leur propre intégration étant projeté sur l'enfant).

Un cas particulier : Lorsque l'enfant est placé au pays d'origine puis réintègre le foyer de ses parents, il faut alors que les parents aient une grande capacité réparatrice vis à vis de l'enfant, qu'ils ne soient pas trop anxieux à vouloir rattraper le temps d'éloignement en imposant intempestivement leur idéal du moi à leur enfant.

Dès cette période, on peut apprécier les capacités

d'autonomie de l'enfant, le préparant à affronter le milieu scolaire. Il serait intéressant de connaitre le développement psychomoteur de ces enfants dès ce stade par des examens dynamiques tels que les préconisés PIAGET et d'apprécier les stimulations du milieu. Ce sont là plutôt des hypothèses de travail.La fréquentation de l'école maternelle apparaît une étape nécessaire pour préparer la scolarité afin que l'enfant s'initie au français, soit stimulé et habitué à manipuler du matériel et certains concepts. Là réside certainement une prévention de l'échec scolaire pour ces enfants.

B - L'ENFANT D'AGE SCOLAIRE.

Nous abordons ici le chapitre le plus important à considérer dans les processus d'adaptation de l'enfant immigré.

L'école permet en principe de nouer des relations profondes entre un milieu étranger et la société française mais l'insertion s'avère en fait difficile. Les enfants connaissent mal le français qu'ils ne parlent pas chez eux ; ils sont dépourvus du minimum de commodités matérielles pour étudier leurs leçons et faire leurs devoirs. Les enfants passent couramment deux à trois ans dans la même classe, se découragent, découragent leurs professeurs, compromettent le niveau de leurs condisciples et se retrouvent à 14 ans incapables de suivre un enseignement professionnel. Selon certaines enquêtes, il y aurait de 18 à 20 % d'enfant immigrés non alphabétisés à Nanterre.

Un quart seulement des enfants étrangers est apte à monter dans la classe supérieure après le cours préparatoire et a par conséquent assimilé le mécanisme de la lecture et du calcul. Le problème majeur pour les écoliers étrangers est celui de la langue, source de la plupart des échecs. A l'entrée à l'école, il crée un isolement linguistique. L'enfant

commence par imiter ; bien souvent, du fait des difficultés du vocabulaire, l'écolier étranger fait semblant de comprendre avant d'avoir vraiment compris. Plus tard, c'est le problème du bilinguisme : comment se fait l'articulation entre l'abstrait donné à l'école et le concret d'origine surtoutfamiliale. D'un côté, l'enfant utilise sa langue maternelle qui est celle du foyer, de l'affectivité, de l'autre, il utilise la langue du pays d'accueil qui est celle de la relation avec autrui et l'on peut se demander quelle est la langue de relation avec soi-même. Cette situation peut être génératrice de conflits affectifs (Lucile DECOUFLE 1970)

Une prévention importante de l'échec scolaire est la fréquentation de l'école maternelle pour les enfants d'âge pré-scolaire. Les enfants qui arrivent dans le pays d'accueil entre 6 et 10 ans parviennent tant bien que mal à suivre les classes normales après un temps de passage plus ou moins long dans des classes d'accueil, d'initiation et de rattrapage.

Les moyens mis en oeuvre actuellement (M.A. BLOCH - 1971) : La nécessité de trouver des structures d'accueil pour les enfants migrants est une préccupation récente (1970), par rapport à l'ancienneté de l'immigration. La circulaire du 13 janvier 1970 signe la création de "classes expérimentales d'initiation" pour les enfants étrangers à effectifs réduits (moins de 20) avec priorité à la langue orale et introduction progressive de la langue écrite, au calcul, aux disciplines d'éveil, aux activités complémentaires et à l'adaptation de la vie française. Ces classes ont pour but une intégration plus rapide dans le milieu scolaire normal afin d'éviter toute mesure de ségrégation actuellement.

La fréquentation des écoles maternelles par ces enfants est insuffisante car ils se retrouvent dans un cours préparatoire avec un langage insuffisant. Trois à quatre mois d'école maternelle seraient déjà une bonne prévention.

Les classes d'initiation s'adressent surtout aux enfants de plus de six ans. Elles sont difficiles à gérer car très hétérogènes. Ce sont souvent des classes improvisées avec statut de classes d'initiation après coup. Au 13 janvier 1971 : 100 classes d'initiation fonctionnaient mais les réalisations sont bien insuffisantes par rapport au besoins (750 000 enfants immigrés scolarisés en France).

Il faut souligner encore ici l'échec fréquent de la scolarisation normale ; ainsi, après un ou deux ans d'enseignements traditionnels, ces enfants aboutissent à des classes de perfectionnement. La ségrégation de ces enfants assimilés à des pseudo-débiles est dramatique. C'est ici que l'école doit fonctionner en véritable institution, avec les moyens suffisants pour assister ces enfants.

Une étude médico-sociale et psychopédagogique nous est apparue particulièrement intéressante pour essayer de comprendre les difficultés d'accession aux processus cognitifs jugés par nos systèmes scolaires et nos tests (F. CANONNE, S. TOMKIEWICZ, Dr J. DUCHE). Cette étude concerne 50 enfants algériens d'âge scolaire demeurant dans un bidonville. Les auteurs ont fait une étude psychométrique, une étude clinique, une étude pédagogique auprès de ces enfants. Ils ont utilisé les tests de WISC, le bonhomme, la figure du complexe de REY. Le test de WISC a montré les caractéristiques suivantes :

a - Une distribution gaussienne avec moyenne très inférieure à la moyenne de l'étalonnage. (moyenne de 72 aux épreuves verbales, 75 aux épreuves de performance.) Il n'y a pas de différence significative entre ces deux moyennes.

b - L'analyse des résultats obtenus aux différents subtests montre que c'est aux "épreuves de compréhension" que les enfants obtiennent le meilleur score : la compréhension des situations sociales peut donc être considérée comme normale. Par contre, les notes les plus basses sont obtenues par les "épreuves d'information et de vocabulaire". La

plus intéressante des épreuves verbales semble être "l'arithmétique" puisque les notes se distribuent ici le plus régulièrement ; elle semble discriminer fidèlement les enfants à l'intérieur de l'échantillon. (Pour l'ensemble des "épreuves verbales", il semble exister un âge seuil au-delà duquel les acquisitions ne progressent plus normalement.)

c - Pour les subtests "de performance", les meilleurs résultats sont obtenus à "l'arrangement d'images". Ceci indique que le déroulement des évènements dans le temps est bien compris. Les moins réussies de ces épreuves sont celles des "compléments d'images" mais il faut noter que certains objets représentés et considérés comme usuels n'ont parfois jamais été vus par ces enfants. Par ailleurs, les "épreuves d'assemblage" ainsi que les cubes de KOHS ont montré que les enfants avaient des difficultés à individualiser les éléments d'un tout, pour ensuite le synthétiser. C'est là un des aspects du défaut de structuration spatiale, souvent observés ; l'épreuve de performance la mieux réussie est le "codage". Ce bon résultat montre que la capacité d'apprentissage de ces enfants est voisine de la moyenne de la population générale.

Au total, on est frappé par :

- L'inadéquation des instruments et la cohérence des résultats qui montre un quotient intellectuel moyen à 70.
- Une distribution suivant la loi normale.
- L'absence de différence significative entre le QI verbal et le QI de performance.
- Une corrélation par rang positive entre le QI du WISC et le QI de performance.

Devant ce quotient moyen à 70, peut-on dire que cette population est composée de débiles ? Les entretiens cliniques, l'observation des enfants dans leur milieu et les résultats scolaires montrent que cette appréciation serait entièrement inexacte. Un tel enfant ayant un QI de 70 ne ressemble en rien à un enfant parisien d'origine française avec le même score.

La plus grande différence entre les deux est leur relation et leur attitude envers la réalité quetidienne et sociale.
Cet enfant algérien à QI de 70 est un enfant normal.
Il faut souligner que tout enfant testé par une batterie étalonnée sur une population à laquelle il n'appartient pas est systématiquement handicapé. Il est essentiel d'apprécier ces QI à leur juste valeur, condition indispensable pour envisager les problèmes réels, affectifs, culturels, sociaux et pédagogiques qui peuvent motiver une consultation en psychiatrie. (Ces résultats nous ont paru particulièrement sévères ; faut-il impliquer ici les difficultés socio-économiques particulièrement difficiles. Est-ce spécifique à ce groupe ou à tout groupe, y compris français présentant les mêmes conditions culturelles. Il serait nécessaire de faire des études comparatives pour apprécier l'incidence sur ces scores du bilinguisme et du conflit culturel).

Une étude analogue faite par J. MC. FIE et J.A. THOMPSON à propos de 61 enfants de l'Inde de l'ouest comparés à des témoins anglais aboutit aux mêmes conclusions : Peu de différence entre QI verbal et QI de performance ; aussi l'enseignement avec du matériel de construction et de géométrie apparaît aussi important pour les enfants immigrés que l'enseignement de la langue.
Les tests d'intelligence de ces enfants peuvent amener des erreurs de classification si l'on ne tient compte des facteurs culturels.

Ces difficultés dans les processus cognitifs nous apparaissent relever de plusieurs causes :
-Problème du bilinguisme rendant difficile l'acquisition de la langue (maternelle et du pays d'accueil) voire la structuration de la pensée: l'enfant s'habituant à une compréhension floue. Il est certain que le bilinguisme handicape les enfants dont la langue maternelle est déjà mal structurée alors qu'il pose peu de problème si la langue d'origine est parfaite-

ment parléepar l'entourage et par l'enfant.
- Incidence du milieu socio-culturel peu stimulant pour l'enfant et peu structurant.

Ainsi ces enfants présentent un double handicap : bilinguisme et sous stimulation culturelle pouvant entrainer un échec grave dans les processus cognitifs, échec mis en évidence par les tests qu'il faut interprêter avec prudence pour ces enfants immigrés ; cependant le QI est une réalité par rapport aux exigences scolaires. Nous voyons là une difficulté majeure d'intégration dans notre système social avec risques d'existence marginale et de toute façon, difficultés d'avancer dans l'échelle sociale.

De nombreuses études sont actuellement entreprises en pédagogie sur leurs difficultés d'intégration dans notre système scolaire. Une meilleure compréhénsion de ces problèmes laisse quelque espoir dans la possibilité de leur apporter un réel soutien pédagogique en évitant toute mesure ségrégative.

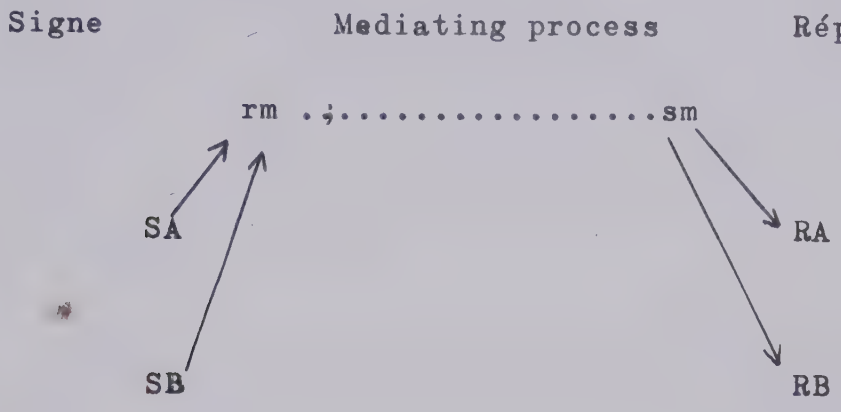
Il apparait important, à propos des problèmes de scolarité, d'insister davantage sur le bilinguisme.

LE BILINGUISME

Actuellement, il parait difficile de faire une théorie du Bilinguisme chez les enfants de travailleurs migrants. En effet, jusqu'à présent, les études en linguistique ont surtout concerné les sujets ayant un haut niveau de langage (linguistes eux-mêmes...). De même, les théories émises sur le bilinguisme concernent des personnes ayant un niveau culturel élevé. De nouvelles recherches tendant à étudier des enfants ayant des problèmes de langage peuvent amener une meilleure compréhension du bilinguisme des travailleurs migrants.

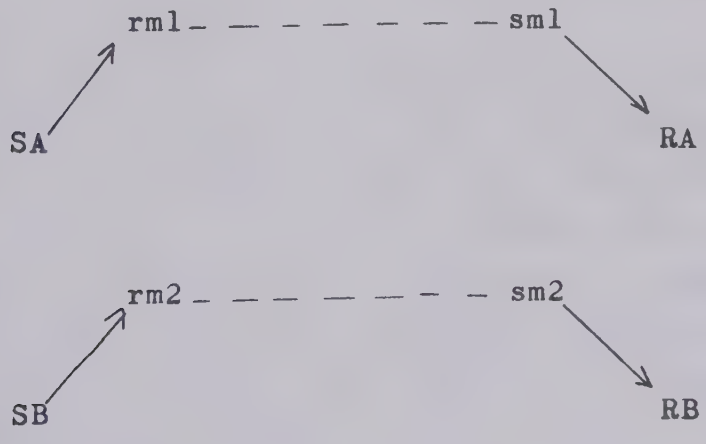
On a pu décrire un :

Bilinguisme composé où l'individu ne disposerait que d'un seul système de signifiants et les virtualités d'interférence entre les deux systèmes linguistiques seraient élevés.



Il s'agit d'un fonctionnement linguistique perméable : phonologie, syntaxe et lexique de chacune des langues ne sont pas maintenus séparés.

et un bilinguisme coordonné où l'individu disposerait de deux systèmes de signifiants, ce qui faciliterait le maintien séparé de fonctionnement des deux systèmes ; il est question alors de bilinguisme étanche.



En fait, ce modèle composé-coordonné du fonctionnement bilingue

ne fait pas l'unanimité et ce shéma, là encore, concerne des personnes ayant un langage structuré. Mais qu'en est-il chez les enfants ayant mal intégré leur langue maternelle (que leurs parents, d'ailleurs, ont aussi mal élaborée) et qui doivent dans le quotidien apprendre une deuxième langue ? Les expériences d'introduction d'une deuxième langue à l'école maternelle pour les enfants français ont été bénéfiques surtout pour les enfants de milieu socio culturel favorisé. Sinon, elles ont entrainé confusion et perturbation de l'acquisition du langage maternel.

Pour ce qui concerne les enfants de migrants, il s'agit d'un bilinguisme scolaire où il y a un enseignement en français, à l'école, et présence d'une autre langue dans le milieu familial. La situation qui nous intéresse est celle où les deux parents sont étrangers et ont une plus ou moins bonne maîtrise du français. Dans ce groupe de parents, on trouve deux types de comportement :

1 - Ils sont tous deux de même origine linguistique et culturelle et utilisent leur langue entre eux et avec les enfants. C'est le cas le plus répandu dans les milieux des travailleurs émigrés.
2 - Les deux parents, de même origine linguistique (ou d'origine culturelle différente) ont décidé de ne parler que français aux enfants.

Dans les deux cas, les enfants ne sont pas à proprement parler monolingues, puisque mis dans une situation où la compréhension de la langue 1 (familiale) est indispensable, ils l'acquièrent plus vite et plus aisément que des personnes n'ayant jamais été exposées à ce système. Le français oral n'est pas non plus celui des monolingues de parents francophones. On y voit affleurer des calques de la langue des parents. Dans cette situation, le niveau socio-culturel et la performance des parents en français sont déterminants pour l'acquisition du système français par les enfants.

Il est nécessaire de préciser à quels niveaux respectifs sont en contact les langues 1 (milieu familial) et 2 (milieu scolaire) et le statut social de l'une par rapport à l'autre. Ce sont ces deux aspects de l'acquisition du langage qui sont responsables des résultats divergents obtenus par les enfants de milieu socio-culturels différents. (Ce phénomène peut aussi expliquer les problèmes différents posés dans les provinces bilingues où la langue 1 a un statut différent.)

Dans les problèmes d'acquisition du langage, il faut faire une distinction par nationalité parce que le taux d'alphabétisation n'est pas le même dans tous les pays : La plupart des parents espagnols savent écrire et lire ce qui n'est pas toujours le cas pour les algériens.

Ainsi M. BERTHOZ étudiant dans des écoles le langange d'enfants étrangers de milieux socio-culturels étrangers défavorisés a pu différencier deux groupes d'enfants :

1 - Ceux qui avaient acquis la langue 2 et progressaient à l'intérieur du système scolaire français, s'avouaient incapables d'avoir une conversation suivie, d'écrire une lettre, de s'exprimer correctement dans la langue 1. Leurs énoncés en français étaient d'une plus grande conformité à la langue norme (écrite) que celle de leurs camarades de classe francophones monolingues de même milieu social.
2 - Quant aux enfants qui ne s'étaient pas intégrés au système scolaire français, ils s'exprimaient volontiers en langue 1, langue qu'ils considéraient comme leur langue.

Dans la mesure où l'intégration est fortement souhaitée pour les enfants, on serait donc tenté de conseiller aux parents de parler dans la famille en français bien que mal possédée avec tous les inconvénients que cel comporte : appauvrissement du langage, calque de la langue originelle sur le français.

Par contre, dans les milieux socio-culturels élevés, le bilinguisme peut être parfaitement intégré, La langue familiale étant bien structurée, on peut conseiller alors aux parents de parler dans la langue où ils sont le plus à l'aise. La communication par le langage le plus différencié permet d'accéder facilement à l'acquisition d'une seconde langue.

Au cours de nos recherches, nous avons relevé des expériences d'écoles bilingues ou l'on enseignait la langue du milieu d'acceuil et du milieu étranger. Ces expériences étaient favorables mais aussi, elles concernaient des milieux socio-culturels assez élévés. Une expérience d'école bilingue à Fontenay aux roses, avec des enfants portugais, nous parait particulièrement intéressante ; elle s'adresse à des enfants de travailleurs migrants et à comme souci de respecter la culture et la langue originelle de ces enfants au prix d'une intervention fréquente individuelle (possibilités de reprendre l'enseignement prodigué avec chaque enfant pour vérifier et améliorer son intégration).

Le bilinguisme peut être une expérience enrichissante pour certains milieux culturellement développés et peut-être source de difficultés pour les milieux où le niveau du langage est médiocre. Il nous faut connaitre tous ces faits pour apprécier les incidences du bilinguisme sur le niveau des tests et la progrssion scolaire. Ceci nous ramène à la dialectique, pensée et langage.

C - L'ADOLESCENT

Les problèmes d'adaptation sont ici majeurs : Il n'existe pas de formation professionnelle adaptée ; il existe

une tension psychologique particulière. La période critique se situe entre 14 et 17 ans : les enfants quittent souvent l'école à l'âge de 14 ans à cause de la mauvaise insertion scolaire déjà vue, alors que la formation professionnelle ne commence qu'à 17 ans. La plupart des adolescents migrants sont trop âgés pour être maintenus dans le primaire et pas assez instruits pour entrer dans l'enseignement technique. La seule issue apparente est la mise au travail ; certains acceptent rapidement les emplois les plus difficiles d'autres préfèrent attendre d'où l'inaction qui peut être génératrice de délinquance. Il n e semble pas exister un taux de délinquance significatif (L. DECOUFLE). il faudrait sans doute faire des études comparatives avec des enfants français de même niveau socio-culturel. Il faut se méfier d'interprétations hâtives dans ce domaine (délinquance valorisée par la presse). En fait, il existe un déséquilibre affectif ne s'exprimant pas toujours par l'agressivité.

Il apparaît nécessaire de créer des instituts de rattrapage et d'éducation de base pour les adolescents immigrés. Ces instituts existent, mais de même que pour les classes d'initiation, ils sont trop peu nombreux. Ils apparaissent indispensables lorsqu'il y a migration au moment de l'adolescence.

Nous insistons maintenant sur les conflits psychologiques de l'adolescent. C'est à cette période que se pose de la manière la plus aigue le problème de son identité. L'immigré prend alors conscience de son appartenance nationale en même temps que de sa double culture : il peut se sentir étranger au pays d'accueil dans lequel il a vécu depuis plusieurs années, surtout si l'insertion sociale est difficile. Une apparente adaptation peut se briser brutalement au moment de l'adolescence réalisant une véritable crise d'identité. E. ERIKSON :"Quand un individu éprouve de grandes difficultés à s'idnetifier à une catégorie donnée de gens et

d'idées, il en vient à répudier avec violence cette autre catégorie et lorsque les crises suivantes menacent son identité péniblement acquise, l'individu risque d'autant plus de se laisser à une répudiation irrationnelle de tout ce qui est autre et même pour un temps de se répudier lui-même".

Pour l'adolescent se pose également la question d'un retour éventuel au pays d'origine et peut-être que ces enfants, connaissant de nombreuses difficultés d'insertion risquent d'avoir la "nostalgie du pays" toute leur vie sans l'avoir jamais connu et en avoir éprouvé les inconvénients. Le renoncement au passé se fait difficilement puisque non confronté à l'épreuve de la réalité. Ainsi, risque de s'entretenir une certaine désadaptation par rapport au milieu d'accueil lui, bien réel.

Ces conflits sont surtout aigus chez les jeunes algériens. Les jeunes filles sont retirées de l'école avant la fin de la scolarité obligatoire et sont avides de liberté. Les dépressions et tentatives de suicide sont assez fréquentes pour elles. Les parents veulent souvent les marier contre leur gré. Les garçons, au contraire, jouissent d'une liberté totale, d'où conflits avec l'autorité paternelle traditionnelle. La mère cherche la protection de ses enfants, d'autant que l'assise paternelle est devenue défaillante du fait des nouvelles conditions d'existence.

L'adolescence représente une période de crise importante pour l'enfant immigré : il prend conscience de sa double appartenance culturelle, du conflit déjà intériorisé qui en résulte ; ce phénomène est d'autant plus accentué que l'insertion sociale se fait difficilement.

CHAPITRE IV

PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT IMMIGRE

Il nous a paru essentiel d'insister sur le contexte psycho-social de la transplantation de l'enfant immigré pour mieux comprendre sa psychopathologie éventuelle. Nous sommes conscient que les conditions psychosociales ne sont qu'un des types de conditionnement auquel ont à faire face ces individus. Les caractéristiques biologiques et psychologiques, l'histoire individuelle de chacun déterminent également le fonctionnement mental et ainsi, face à un phénomène social comme la transplantation, amènent des réactions différenciées. Cependant, notre propos est d'essayer de percevoir les phénomènes mentaux particuliers influencés par un fait social : la migration.

Pour cerner ces caractères particuliers chez l'enfant, nous nous référerons, dans un premier temps, au schéma proposé pour l'adulte migrant quant à la morbidité psychiatrique. Ainsi, on différencie deux sortes de troubles (Z. ALMEIDA) :

1 - Une psychopathologie d'apport relevant de la nosographique classique (névrose, oligophrénie, psychoses maniaco-dépressives, schizophrénie, troubles caractériels, délires chroniques, etc...). Cette psychopathologie pose les mêmes problèmes que celle présentée par les français. Cependant, il peut exister des difficultés de compréhension linguistique et

culturelle. Il faut aussi pouvoir discerner l'influence de la transplantation sur les processus morbides (par exemple, mère dépressive lors de la première année de la vie de l'enfant qui consulte en psychiatrie). Des symptômes névrotiques et psychotiques peuvent utiliser ou exacerber des difficultés d'insertion ou bien encore être masqués par celles-ci. En ce qui concerne l'enfant, l'évaluation des processus cognitifs (que ce soit par le système scolaire ou par les tests psychométriques) est difficile ; l'étape diagnostic doit rester très prudente (par exemple, diagnostic d'oligophrénie ou de psychose infantile lors de scores très médiocres).

2 - Une psychopathologie de la transplantation dite d'adaptation. Chez l'adulte, on décrit des psychoses aigues polymorphes "réactionnelles", des réactions névrotiques polymorphes, des dépressions avec état cénestopathique durable, des syndromes de dépersonnalisation, des sinistroses, etc... Ces phénomènes sont bien connus maintenant chez l'adulte. Qu'en est-il de l'enfant immigrant ? Il ne semble pas qu'il y ait de psychopathologie aigue liée directement aux phénomènes psychosociaux de la transplantation. L'enfant semble mieux protégé, par son environnement familial et sa meilleure adaptabilité. Cette psychopathologie semble plutôt liée à des problèmes d'inadaptation que nous avons étudié prédédemment? Ces problèmes se rapprochent très souvent des difficultés des enfants de classes défavorisées. La transplantation entraine des répercussions indirectes sur l'enfant et peut altérer son équilibre mental : par le remaniement des rôles familiaux, la tension psychologique des adultes, les difficultés d'intégration dans le système scolaire et social. Actuellement, il n'y a pas suffisamment d'études numériques en France et comparatives pour tirer des conclusions quant à l'incidence du facteur

migration sur les enfants.

Dans un deuxième temps, nous allons nous attacher aux problèmes psychiatriques de l'enfant immigré qui nous apparaissent plus spécifiques. Il semble qu'ils se situent au niveau de l'inadaptation aux frontières du normal et du pathologiques, particulièrement difficiles à apprécier chez l'enfant. Il faut surtout apprécier le caractère reversible ou non de la structure qui s'organise en dehors des symptômes présentés. Il faut apprécier les conditions socio-affectives entourant l'enfant et pouvant entraîner des processus irréversibles. Ces conditions sont particulièrement difficiles à apprécier chez l'enfant immigré : dynamique familiale modifiée par la migration, contradiction intériorisée de deux cultures, difficultés d'insertion dans le milieu d'accueil.

Parmi ces facteurs environnants, nous nous attacherons au problème de l'école, inadaptée aux besoins de ces enfants immigrés. Cette école peut entraîner des cycles irréversibles d'échecs, chronicisant l'enfant dans une restriction de l'activité mentale et déterminant une structure stable caractérisée par la recherche de satisfactions masochistes sous-tendues par les régressions génitales. Le résultat clinique le plus facilement observable en sera l'accentuation de l'inhibition pouvant à la longue porter sur les opérations intellectuelles ou au contraire favorisant les passages à l'acte générateurs de conflits particulièrement graves. Ainsi, ce qui est difficulté d'adaptation au départ devient par sa persistance véritablement pathologique. Dans la perspective du développement de l'enfant, l'inhibition peut aboutir à une véritable restriction du moi. Nous insistons encore ici sur la nécessité d'une prévention primaire : des mesures pédagogiques adaptées à ces enfants doivent être trouvées d'urgence ; elles ne sont pas au clair actuellement.

Chez l'enfant immigré, l'anxiété, l'agitation,

l'inhibition sont particulièrement fréquents, traduisant son mal-être. S'agit-il là de"névrose de position" ? Les limites avec des névroses plus structurées ne sont pas nettes...

Nous allons maintenant étudier les symptômes psychiatriques rencontrés fréquemment chez l'enfant immigré, les uns relevant de la transplantation, les autres interprétés en fonction de la culture d'origine.

1 - Les symptômes liés au phénomène de la transplantation :

a - Le mutisme est fréquent chez l'enfant immigré, extra familial le plus souvent, concernantlla langue du pays d'accueil. Ce mutisme nous semble avoir plusieurs signifiations conflictuelles : inhibition dans la langue difficile à manipuler comme les enfants dysphasiques qui deviennent ensuite mutiques; refus par l'enfant de la langue scolaire et sociale, le milieu d'accueil paraissant en contradiction avec la famille, l'enfant peut avoir pris conscience plus ou moins clairement d'être étranger et de l'existence d'une ségrégation le concernant. Ce mutisme chez l'enfant immigré doit être reconnu comme fréquent, le plus souvent réactionnel. Il n'a pas la même gravité que celui l'enfant français monolingue.

b - La psychopathie : nous l'avons déjà dit, il n'existe pas actuellement d'études numériques et comparatives au milieu français de même niveau socio-culturel. Il ne serait pas étonnant que son taux soit important ici vu les difficultés d'insertion sociale de ces enfants. La variance dans le taux de délinquance apparaît lorsqu'un groupe de migrants rencontre des conditions d'assimilation difficiles (A. KARDINER).

c - L'obésité est décrite fréquemment chez l'enfant immigré, psychogène, liée probablement aux frustations orales que provoque la transplantation déjà vue au chapitre II.

2 - Les symptômes interprétés en fonction de la culture d'origine : Ceci est important à considérer d'autant que la culture d'origine est plus éloignée de nous. On ne peut pas toujours accorder une valeur pathologique à certains symptômes, ainsi par exemple : les fugues en Algérie sont choses banales, l'enfant qui ne veut pas aller à l'école va se promener et rentre chez lui le soir; de même, les phobies sont fréquentes et très compréhensibles dans un pays où l'éducation est fondée sur l'autorité du père, ce sont au contraire l'indice d'une bonne capacité de mentalisation. La phobie est explicable aussi par la façon dont l'enfant est pris en charge par les femmes de la famille, ainsi en France, ces enfants algériens peuvent développer une véritable phobie de la solitude. De même, les symptômes obsessionnels sont à interpréter en fonction de l'éducation sphinctérienne, de la fantasmatisation, de la crainte du père. C'est certainement dans le registre névrotique que les cultures ont le plus d'influence. L'impact de la culture est encore mal connu, surtout pour les cultures les plus éloignées de la nôtre, nord-africaine par exemple pour les migrants en France.

C'est en connaissant mieux et les problèmes d'adaptation et les problèmes culturaux que nous pourrons comprendre la signification d'un symptôme normal, névrotique ou psychotique, la structure d'un enfant. Le psychiatre a besoin de tous ces niveaux d'interprétation : social, culturel, psychiatrique, psychanalytique pour éviter de "psychiatriser" dangereusement ces enfants à difficultés, celles-ci pouvant enrichir certains et perturber le développement d'autres. Enfin, c'est à la lumière de tous ces faits que l'on peut retrouver la spécificité de chaque enfant, différencié alors de son milieu socio-culturel mieux compris.

CHAPITRE V

LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE.

Nous pouvons nous demander si certaines thérapeutiques psychiatriques ne posent pas de problèmes pour l'enfant immigré. Nous pensons qu'il faut différencier ici les enfants pris dans des conditions socio-économiques très difficiles (vivant en bidonville, par exemple) où une action purement psychiatrique est insuffisante. La nécessité d'une intervention sociale est très importante avec travail de prévention. Celà nécessite des équipes médico-sociales bien équipées, capables de faire du travail à domicile et de prendre en charge des familles entières. A ce propos, nous avons lu avec beaucoup d'intérêt l'expérience tentée par E. PAVENSTEEDT et son équipe aux U.S.A. concernant des familles très déshéritées. Cette action était centrée sur la prévention de la marginalité de ces enfants (il y a des familles migrantes et d'autres) : les équipes travaillaient et sur l'école recevant ces enfants et dans les familles elles-mêmes, les aidant à s'organiser, à moduler leurs relations avec leurs enfants, à différencier les affects et les membres de la famille. Ce genre de travail nous apparait très difficile et ne peut être fait que par des équipes solides multidisciplinaires. Nous relaterons ici l'échec d'une psychologue portugaise qui a été déléguée auprès d'une école des Yvelines recevant des enfants portugais vivant dans des conditions difficiles. Ses interventions auprès des enfants ont été rejetées par les familles préoccupées avant toute chose par les soucis matériels ; cette intervention uniquement psychologique

était tout à fait insuffisante pour motiver les parents sur les problèmes pédagogiques de leurs enfants.

Nous pensons cependant qu'un intervention et une prévention psychiatrique peuvent être tout à fait valables, dans la mesure où il y a également une intervention au niveau de la réalité matérielle.

Pourtant, ce ne sont pas là toutes les familles immigrées, et quelques unes souvent très organisées et très motivées arrivent à un mieux-être matériel. Les prises en charge en psychiatrie peuvent être alors, classiques. De toute façon, comme toute intervention en psychiatrie d'enfant, elles concernent et l'enfant et sa famille.

Diverses modalités peuvent être discutées :

1 - Une prise en charge institutionnelle (Hopital - Hopital de jour - Institution du soir)

2 - Psychothérapie

3 - Rééducation

4 - Aide pédagogique

1 - Prise en charge institutionnelle.

Elle pose peu de problèmes particuliers, il faut seulement que la coopération avec la famille soit possible : compréhension linguistique, compréhension de l'intervention auprès de l'enfant. Les indications sont sensiblement les mêmes que pour les enfants autochtones avec cependant un recours plus fréquent à des solutions d'internat, la coopération avec la famille s'avérant parfois difficile (accompagnement de l'enfant pous des cures ambulatoires). Rappelons ici que chaque membre de l'équipe soignante se trouve confronté à sa "réaction à l'étranger" et doit prendre conscience de cette réalité face à l'enfant immigré pris en charge.

2 - Psychothérapie

Elle est souvent difficile à indiquer. Les parents sont peu motivés pour ce genre d'intervention (plus souvent pour des raisons socio-culturelles qu'ethno-culturelles). Cependant, cela nécessite un minimum de compréhension du fonctionnement mental : la culture algérienne est peut-être là en opposition à ce mode de prise en charge.

3 - Rééducation

Cette rééducation s'entend surtout orthophonique. Les familles sont souvent très motivées à ce sujet. Il faut différencier ici l'indication d'une rééducation pour des enfants qui ont des troubles spécifiques du langage (retard, troubles articulatoires...)et pour ceux qui ont un retard de langage non spécifique dû au milieu bilingue et peu développé culturellement.Il y a certainement là de nombreuses indications limites palliatives des insuffisances du système scolaire français.

4 - Aide pédagogique

De nombreux enfants immigrés consultent pour des difficultés scolaires. Des aides pédagogiques sont entreprises pour répondre à l'urgence de la situation. En fait, elles pallient aux carences de l'école. L'aide pédagogique dans un service de psychiatrie perd sa spécificité de traiter à travers l'apprentissage scolaire les inhibitions et les conflits concernant cet apprentissage.

A un autre pôle, l'aide pédagogique peut dépasser son rôle de rééducation car indiquée au lieu d'un psychothérapie celle-ci n'étant pas comprise et n'entrainant pas la coopération de la famille

Parmi les observations que nous avons consultées les familles et les enfants recherchaient explicitement une aide pédagogique. Ainsi, deux enfants, frère et soeur, venus consulter pour difficultés scolaires en ressentaient une grave blessure narcissique de même que la mère ; celle-ci très anxieuse voulait aider à tout prix ses enfants dans leur scolarité. Un aide pédagogique a été entreprise pour les deux enfants ... et pour la mère. Ces interventions sont entreprises faute d'autres moyens.

Au terme de cette réflexion, nous pouvons nous demander s'il ne faut pas avoir recours parfois à des centres spécialisés pour migrants. Au cours de nos entretiens avec des assistantes sociales, des psychiatres, nous avons retenu l'extrême prudence pour avoir recours à ces centres. Il existait le souci majeur d'éviter toute mesure ségrégative. En fait, le recours à un centre spécialisé se justifie si le problème de la langue est majeur (nouveaux arrivants) et où toute communication avec une équipe soignante habituelle est impossible. Le centre MINKOWSKA à Paris,où des médecins portugais, yougoslaves exercent, nous a paru très intéressant pour les familles nouvellement immigrées.

Dans des équipes psychiatriques habituelles, chaque fois qu'une famille ou un enfant immigré peut retrouver un soignant appartenant à sa culture ou la connaissant bien ils peuvent établir des liens très riches avec cette équipe soignante. Il semble qu'il y ait là des possibilités d'identification très importante à considérer dans la thérapeutique. Ainsi, le souci des soignants est d'apporter une compréhension spécifique du cas du migrant à un niveau individuel en évitant au maximum des mesures de regroupement et de segrégation.

CHAPITRE VI

ETUDE DE DOSSIERS

Nous illustrons notre propos par une étude de quelques cas nous ayant paru poser des problèmes particuliers sur le plan psychiatrique :

1 - Soit au niveau d'une difficulté de diagnostic (pour évaluer le QI etc...)

2 - Soit que la transplantation ait eu une influence ou ait interféré avec les syptômes psychiatriques présentés.

3 - Soit enfin que l'équipe soignante se soit posé des problèmes particuleirs concernant la prise en charge de l'enfant et de sa famille.

CAS Nº 1

Robert A, 8 ans, est le 8ème d'une famille de neuf enfants de juifs tunisiens. Il consulte pour retard de langage important (ile est actuellement en classe de perfectionnement). Les parents ont immigré depuis une dizaine d'années et la transplantation a entrainé une baisse du statut social. Le père semble dépressif, souvent alité, la mère.est complètement débordée par sa nombreuse famille. Ellee est également dépressive et confuse. Les relations conjugales sont difficiles du faitede la jalousie pathologique du mari.

Le logemant est précaire ; les cinq derniers enfants dorment dans la chambre des parents. Il s'agit ici d'un sociopathe posant des modalités de prise en charge particulières, celles de familles à problèmes multiples. L'équipe doit se constituer en position d'aide globale à toute la famille. La mère nécessite un réel soutien (entretiens fréquents). Elle est réellement déprimée. Les deux autres derniers enfants ont également un grave retard de langage. Il semble qu'il y ait eu de la part des parents un désintérêt pour le développement du langage des trois derniers enfants, (à resituer dans le contexte dépressif des deux parents).

Au cours de la rééducation orthophonique de Robert, les mécanismes de la lecture sont amorçés mais le retard de parole et d'élocution persiste. L'acquisition et l'intégration des connaissances sont particulièrement longues.

Un an après le début de la prise en charge, Madame A n'arrive toujours pas à s'organiser et continue à être débordée par sa famille. Un des fils adolescent est en train de verser dans la délinquance, (vol, fugue ...). Monsieur A, devant ces faits, semble totalement démissionnaire.

Robert fait des progrès dans sa rééducation, par contre, il semble devenir violent avec ses frères et soeurs, vole de l'argent à son père avec la complicité de celui-ci. Actuellement, pour Robert, des problèmes d'identification se posent : le père est "absent", acceptant de se faire prendre de l'argent par son jeune fils, dépressif, retiré la plupart du temps dans son lit ; l'enfant risque de s'identifier davantage au frère délinquant d'autant que l'image valorisante de la famille, le frère ainé étudiant, est actuellement absent.

Ainsi, la prise en charge de Robert s'étend rapidement à toute la famille. Les difficultés matérielles sont importantes, les parents, tous deux dépressifs, ne peuvent faire face à la situation, les activités de délinquance apparaissent, les derniers enfants sont tout à fait sous-stimulés, les images identificatoires sont mal perçues. Cette famille, présentant une véritable socio-pathie, nécessite une prise en charge globale avec intervention éducative pour éviter que les derniers enfants ne suivent les traces du frère délinquant.

La transplantation a certainement remanié les rôles au sein de la famille. Le père et la mère, tous deux dépressifs, ne peuvent faire face aux nouvelles conditions d'existence et aux problèmes surgissant chez les enfants.

CAS Nº 2

José, espagnol, 13 ans, en classe de perfectionnement, consulte pour grande indifférence scolaire. Il a immigré en france à l'âge de huit ans. Il venait de perdre sa mère et son père travaillant de manière irrégulière ne pouvait s'occuper de lui. Il a vécu deux ans avec une soeur et un frère qui travaillaient tous deux en France puis est venu rejoindre une autre soeur à Paris, mariée à un français. Avant son arrivée à Paris, José n'a été pratiquement jamais à l'école ; il était très livré à lui-même, se promenait avec des copains. Pour lui, c'était le "bon temps", d'autant qu'il y avait sa mère. José, cinq ans après son arrivée en France, vit de ses souvenirs, de sa vie familiale ; il aspire ardemment à retourner dans son pays.

Il parle français couramment, il comprend l'espagnol mais ne le parle plus ; il s'adapte facilement aux situations mais n'a aucune aspiration scolaire. Ses difficultés scolaires sont probablement dues à la sous-culturation antérieure, à la transplantation, au deuil de la mère qui, au moment de la consultation, est encore très actif. La dépression est manifeste, de même chez la soeur qui l'héberge. Il y a une ébauche d'organisation phobique : peur du noir, peur de rencontrer sa mère au coin d'une rue. Lors de sa première consultation, l'action thérapeutique est centrée sur l'aide pédagogique et sur un club des loisirs pour l'aider à s'organiser sur le plan culturel.

L'année suivante, José consulte à nouveau, amené par sa soeur. La situation se détériore. José se désorganise progressivement et évolue vers un état de vagabondage avec actes délictueux ("chapardage". dans les magasins). Il n'investit en aucune façon l'aide pédagogique et le club. Il n'y va pas.

Il reste isolé du groupe des autres enfants. Les symptômes phobiques persistent centrés maintenant sur la peur des vampires.

José finit par excéder sa soeur et son beau frère qui désirent pour "solutionner" son problème le renvoyer en Espagne où rien ne l'attend, en fait, puisque le père est devenu plus ou moins vagabond. La soeur ne peut faire face à la situation et éprouve elle-même de nombreuses difficultés (dépression, tentative de suicide). Les difficultés relationnelles de José et ses craintes phobiques font envisager une psychothérapie et une prise en charge dans un foyer d'adolescents. Ces solutions paraissent satisfaisantes et permettent à José de se stabiliser.

Pour cet adolescent, l'immigration a été particulièrement difficile puisqu'il a émigré seul, à la suite du décès de sa mère. Le deuil a été particulièrement douloureux, accentué probablement par le changement de milieu et d'exigences. Le pays (ou la mère) est vécu comme un lieu idéal, où tout est possible, et envisagé d'une manière magique dès qu'il y a difficulté en France (encouragé dans ce sens par la soeur).

Ici, la transplantation n'a fait qu'accentuer les difficultés provoquées par la dynamique familiale. On peut se demander qui était cette mère dont la disparition a entrainé la désocialisation du mari, des dépressions graves chez les enfants et l'incapacité pour la soeur d'assumer le rôle de mère auprès de son frère. Dans ce cas étudié, la pathologie pré-migratoire est évidente et la sous-culturation antérieure importante. Ces phénomènes n'ont fait que s'accentuer lors de la transplantation.

CAS Nº3

Isabel, 6ans ½, espagnole, consulte avec son père sur les conseils de l'école : elle est semi-mutique. Depuis deux ans qu'elle est arrivée en France, elle ne parle plus, ni français, ni espagnol dans sa famille. Elle a vécu chez sa grand-mère en Espagne jusqu'à l'âge de cinq ans, où elle a réintégré le foyer de ses parents où elle a touvé deux frères nés à Paris. Elle a du changer ainsi de langue et de milieu subitement. Le père, ouvrier spécialisé, parle en français avec facilité. Les conditions matérielles sont modestes mais satisfaisantes.

Il semble que c'est en allant à l'école maternelle qu'Isabel ait eu un véritable "choc culturel" car depuis lors elle a refusé de parler. A l'école, elle a un comportement qualifié d'étrange : elle ne fait rien, elle crache dans l'encrier, elle est installée au fond de la classe et ne vient à l'estrade qu'accompagnée d'un autre enfant.

L'examen psychologique est impossible de même que l'examen orthophonique : l'enfant ne disant rien. Le père d'Isabel considère cet état, y compris quelques accidents encoprétiques survenus à l'école, comme réactionnel au désir de l'enfant de retourner en Espagne. En effet, là bas, lors des vacances, Isabel semble heureuse et parle à tous. Cependant, le père adopte une attitude rigide et n'est pas décidé à la laisser repartir. Il ordonne à sa fille de parler et de parler fort.Ces positions autoritaires semblent défavorables et chroniciser gravement un état qui au début était réactionnel à un choc culturel et à la séparation d'avec les grand-parents. Lors de l'entretien, Isabel est semi-mutique avec forte opposition passive. Le dessin est appliqué et structuré bien que peu compréhensible et non expliqué par des commentaires. Le peu qu'elle dit n'est pas compris.

Elle refuse de communiquer mais elle est présente et coopérante, comprenant certainement le langage. L'équipe consultée pense que l'enfant serait mieux en Espagne mais qu'il faut favoriser l'intégration en France avec les parents puisque c'est le désir de ceux-ci (en fait, leur position rigide se modifiera par la suite et ils envisageront un éventuel retour pour l'enfant au pays). L'enfant semble refuser l'adaptation en France avec ses parents, probablement par fidélité à ses grands parents. Ceci fait évoquer la culpabilité de la filiation telle qu'on peut la rencontrer dans la psychose. Isabel cependant ne paraît pas psychotique à l'examen clinique mais dans une sorte de prostration liée à la persistance du traumatisme de séparation d'avec ses grand-parents. Ainsi, ce qui était réactionnel lors de la transplantation s'est chronicisé pendant plus d'un an et justifie une intervention psychiatrique essai de débloquer la situation au niveau des parents et de faire adopter le nouveau foyer sans trop de culpabilité par l'enfant.

CAS Nº 4

Yusef, juif tunisien, consulte à l'âge de neuf ans, sur les conseils de l'école pour des difficultés scolaires. Il est le troisième d'une famille de cinq enfants. Les parents sont illettrés, en France depuis cinq ans, parlant arabe et français en famille. Tous les enfants ont des difficultés scolaires.

L'examen psychologique montre un QI de 85 au Binet-Simon. Yusef présente un important retard de langage, de nombreux troubles de l'articulation et une écriture en miroir. C'est un enfant calme, sans troubles du caractère et parait relever d'un rééducation orthophonique. La rééducqtion est entreprise sans susciter beaucoup d'intérêt de la part de l'enfant. Au cours de cette rééducation, apparaissent des éléments atypiques :agitation, hyperlogorrhée, hypo-manie. Pourtant, les progrès permettent une meilleure insertion scolaire avec éveil des intérêts,aussi une action plus intensive pour l'aider davantage est décidée. Il est pris en charge dans une" unité du soir",institution où les enfants se rendent après l'école ; ils peuventyrecevoir une aide pédagogique, une psychothérapie ou toute thérapeutique de groupe, dans cette unité, Yusef frappe par son sourire toujours à la limite du ricanement, niant toute anxiété. Le comportement à l'école se maintient mais, dans l'unité s'altère assez vite : il est souvent agité, a peu de contacts avec les soignants. Il semble fonctionner à deux niveaux : d'une part, très raisonnable quand il s'agit du présent, d'autre part, produisant une activité fantasmatique, tout à fait irréalisable quand il s'agit du futur. Le tout sur un ton d'adhésion complète quant à la possibilité de réalisation de ses désirs. L'équipe soignante est perplexe : avec les uns l'enfant montre surtout son comportement bizarre avec épisodes

de désorganisation psychotique (activités ludiques, processus primaires prévalents), avec d'autres il organise une relation continue structurée. De toute façon, il supporte mal la situation de groupe. Ses émergences d'aspect psychotique posent un problème en fonction du contexte ethnique. On ne peut présager la structure de cet enfant.

La famille semble peu structurante. Le père parle à peine français et semble malgré sa présence physique vivre très en retrait. La transplantation n'a du qu'aggraver une structure phobique déjà organisée. Yusef exprime bien son conflit culturel et sa difficulté à se sentir comme les autres, français, quand on a des parents qui parlent aussi arabe et quand on fréquente l'enseignement religieux israélite. La psychothérapie entreprise a beaucoup tourné autour des thèmes religieux et des mythes de sa culture. Cet échange avec la psychothérapeute a permis à cet enfant une diminution de l'angoisse sur l'origine et une meilleure intégration sociale.

Ce cas a donc posé des difficultés de diagnostic quant à la structure de l'enfant du fait du contexte ethnique. La réussite thérapeutique résulte en partie d'une bonne compréhension de sa situation conflictuelle entre deux cultures et lui a permis de revaloriser celle de sa famille.

CAS Nº 5

Aïcha, 4 ans, est la seconde d'une famille algérienne de quatre enfants. Les parents illettrés sont en France depuis plusieurs années. Mais la mère accompagnant sa fille en consultation ne parle absolument pas français. Un jeune voisin algérien sert d'interprête. Les conditions matérielles sont précaires, parents et enfants vivent dans une seule pièce. La mère consulte au Centre sur les conseils de l'école ; elle est très réticente, car elle trouve qu'Aïcha est sage à la maison et ne pose aucun problème. Pourtant dans sa classe, l'enfant se montre particulièrement turbulente : elle tombe par terre, renverse les chaises et les tables;quand la maîtresse lui parle elle se déchaine en hurlements, elle agresse les autres à la moindre contrariété. Par ailleurs, elle est très vorace, vole des aliments dans les placards, boit beaucoup d'eau, tout ceci, non par faim. Bien que se soit dessiné au cours de l'année scolaire une certaine amélioration, ce comportement demeure inquiétant et l'intégration scolaire normale est très compromise.

Les tests pratiqués au Centre montrent un QI de 68 au TERMAN-MERRIL. L'enfant, au cours de cet examen, présente une dispersion de l'attention très importante avec fuite de la situation dans des activités stéréotypées et peu élaborées. Elle refuse de communiquer verbalement et recherche le contact physique et se blottit contre l'examinatrice. Le niveau n'est pas bon. Il existe, d'une part, un vocabulaire très réduit et, d'autre part, méconnaissance totale de termes de relations spatiales. Par contre les épreuves de comparaison sur l'identité ou la non-identité sont normalement réussies. Il existe un important retard graphique avec reproduction d'un bonhomme tétard.

L'examen orthophonique est impossible, l'enfant étant

restée durant toute la séance blottie contre l'examinatrice sans dire un mot.

Ainsi son comportement : absence de communication en classe avec les enfants et la maîtresse, avec de très grandes défenses caractérielles fait suspecter le diagnostic de psychose infantile. De toute façon, la scolarité normale apparaît totalement compromise et nécessite des mesures particulières. Au cours de l'entretien médical, l'enfant reste également totalement muette. La difficulté pour reconstituer une anamnèse, l'impossibilité de communiquer un tant soit peu avec l'enfant rendent le diagnostic difficile. Une observation ambulatoire apparaît nécessaire, mais on ne peut compter sur les parents pour accompagner l'enfant car ils n'en voient pas la nécessité. Aussi, il est décidé de maintenir Aïcha en milieu scolaire, puis de l'adresser dans un Centre d'observation en internat puisque toute collaboration étroite avec la famille apparaît impossible.

Ce cas illustre bien toutes les difficultés de diagnostic et de thérapie qui se posent à l'occasion d'une consultation psychiatrique pour un enfant de migrant. En effet, comment interprêter ce QI de 68 sans tenir compte du milieu socioculturel, du bilinguisme ; dans un tel contexte, il pourrait paraître normal. On ne peut retracer une anamnèse correcte, du fait de l'impossibilité de communiquer avec les parents. Ceux-ci ne comprennent absolument pas le problème de cet enfant ni la nécessité d'une intervention d'un Centre d'hygiène mental dès lors que l'enfant est sage à la maison.

Cette observation donne le sentiment d'un pathologie lourde mais le contexte rend difficile un diagnostic exact d'emblée, d'où la nécessité d'avoir recours à une observation en internat.

CAS Nº 6

Inès, 12 ans, est la dernière d'une famille espagnole de quatre enfants, comprenant deux frères et une soeur d'un premier mariage du père. Inès présente un retard du langage important et a eu une rééducation orthophonique que la mère veut faire poursuivre au Centre.

Le père est artisan. Les conditions matérielles sont satisfaisantes cependant la famille vit très repliée sur elle-même, ayant peu de contacts sociaux.Au foyer, on parle trois langues : l'espagnol, la catalan, le français.

L'histoire chronologique de la famille est compliquée, mais peut-être représentative de migrants économiques. Le ménage a commencé à vivre en chambre meublée.Comme la mère travaillait pour compléter le salaire du mari, les deux frères ont été placés en Espagne chez les grand-parents et Inès, placée en nourrice, (deux placements successifs de 3mois à 2 ans). Les parents accèdent à un logement plus grand et récupèrent successivement Inès, puis les deux frères après cinq ans de séparations et réunions successives.

Le développement psycho-moteur d'Inès a été normal cependant elle a présenté des troubles alimentaires de type anorexique à deux ans et demi, lors de la réintégration au foyer des parents. A son retour, il semble que la mère ait exercé une surprotection en voulant réparer la longue séparation. A l'école maternelle, la séparation d'avec la mère a été difficile. Le retard de parole n'est remarqué que lorsqu'Inès rentre en C.P., qu'elle redouble, de même que leC.E.1 . La mère, a u cours de l'entretien médical, explique les difficultés d'Inès par les placements en nourrice et les différentes langues intégrées au foyer. Elle parle aussi des nombreuses peurs de sa fille qui refuse de coucher seule dans sa chambre, fait des cauchemars et ce qui est plus particulier a peur de son ombre. L'entretien avec Inès souligne aussi cette phobie

particulière. Une exploration psychodramatique soulignera davantage cette peur qui apparaît inquiétante, se situant à mi-chemin entre le conflit et le narcissisme (angoisse de dépersonnalisation).

Les tests psychométriques (WISC) montrent un QI de 68 homogène. Ces tests ont posé certains problèmes: ce score est-il le fait d'une oligophrénie simple contrastant avec l'impression clinique d'une pré-adolescente un peu niaise mais fine et gracieuse, ou le fait d'un processus psychotique dont témoigneraient les phobies envahissantes et graves. Il faut aussi interpréter ce score en fonction d'une sous-stimulation éventuelle lors des premières années de la vie (placements successifs en nourrice) et du trilinguisme familial. Tous ces facteurs sont intriqués et rendent très difficile à apprécier le pronostic mental de cet enfant. On peut incriminer dans la fragilité excessive d'Inès une transplantation pathogène (placements en nourrice, réintégration progressive et successive des enfants, remaniements et tiraillements familiaux que cette situation suppose).

Ici aussi le diagnostic parait difficile à préciser d'emblée et demande une extrême prudence. Seule, une investigation psychologique (ici psychodramatique) prolongée dans le temps permet d'éviter des erreurs d'appréciation. Dans le cas d'Inès, une exploration psycho-dramatique a permis la guérison de la phobie de l'ombre ; ceci fait supposer qu'elle présente une structure psychotique avec de fortes défenses hystériques.

C O N C L U S I O N

Au cours de cette étude, nous avons essayé de cerner les problèmes des enfants de migrants. Nous avons été amenée à insister sur les difficultés d'adaptation et à la lumière de ces faits, il nous semble qu'il y a pour le psychiatre plusieurs écueils à éviter:

-"Psychiatriser" trop facilement un enfant immigré ayant des difficulté d'adaptation dans le milieu scolaire notamment. Nous devons mieux comprendre les problèmes pédagogiques posés par ces enfants et laisser éventuellement l'école prendre en charge leur meilleure intégration. Les méthodes pédagogiques en ce domaine se cherchent encore.

- Diagnostiquer trop facilement une débilité chez un enfant immigré alors que, nous l'avons vu, il est très difficile d'interpréter un échec dans les processus cognitifs testés par notre système scolaire et nos examens psychométriques. Nous rappelons ici l'influence intriquée du bilinguisme et de la sous-stimulation culturelle (parents parfois illettrés, d'origine rurale). Nous devons insister sur l'extrême prudence à avoir en ce domaine. Ici, encore, des recherches sont à faire.

En fin, nous devons prendre conscience que parfois l'intervention psychiatrique consiste à réparer une immigration difficile et traumatisante (Séparation prolongée des membres de la famille, difficultés matérielles et culturelles dans le milieu d'accueil). On ne peut que souhaiter que les facteurs sociaux et humains de cette immigration économique soient davantage pris en considération par les pouvoirs publics.

Nous avons essayé de préciser l'incidence de la migration sur la psychopathologie de l'enfant immigré en rappelant les effets de la transplantation sur le groupe familial et l'enfant, les difficultés d'insertion de celui-ci, tant dans le milieu scolaire que professionnel, plus tard. Nous avons essayé également de cerner une psychopathologie particulière à l'enfant immigré en se référant en partie au modèle proposé pour l'adulte. Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas de modalités de prise en charge particulières pour l'enfant immigrant. Nous avons enfin illustré notre propos par l'étude de six enfants ayant posé des problèmes particuliers tant au point de vue diagnostic quethérapie.

Au terme de cette recherche, il apparaît que la transplantation ne provoque pas une psychopathologie aigue spécifique. Ceci est explicable par le fait que l'enfant est plus adaptable et immigre ausein du groupe familial. Cependant, la transplantation a des répercussions sur le développement psychologique de l'enfant. Celui-ci s'insère souvent difficilement dans le système scolaire français, très tôt il a à vivre la contradiction de l'appartenance à deux cultures rendant difficile les possibilités identificatoires. On peut rappeler ici le malaise de ces enfants, relaté si souvent, fait d'anxiété, d'inhibition ou au contraire de passage à l'acte. Certains enfants dépassent cette crise et s'enrichissent sans doute de cette double appartenance culturelle. Cependant, beaucoup d'entre eux n'ont pas les moyens de la dépasser et garderont ce malaise qui risque d'entraver leur insertion sociale voire les vouer à une existence marginale.

Pour ceux qui ont des difficultés psychopathologiques (névrotiques, psychotiques, caractérielles), la transplantation perturbe certainement davantage leur équilibre. Il est parfois difficile de reconnaitre ce qui est significatif de leur conflit individuel et ce qui relate les problèmes d'un groupe social. Nous ne devons pas oublier que fréquemment

la psychopathologie présentée a peu de rapports avec le phénomène migratoire et pose les mêmes problèmes que les enfants autochtones.

Les demandes de soins psychiatriques pour ces enfants immigrés sont devenues fréquentes (vu l'accroissement de l'immigration familiale en France). Toutes les équipes psychiatriques peuvent répondre à ces demandes dans la majorité des cas sauf si la transplantation est très récente et s'il y a impossibilité de communiquer avec la famille auquel cas on peut avoir recours à un dispensaire spécialisé pour migrants. L'échange entre l'équipe soignante et la famille consultante devient dependant plus riche si l'un des membres de cette équipe appartient à la même culture ou du moins la connait bien : il se crée là des possibilités identificatoires très importantes à considérer dans la thérapie.

Ainsi, nous avons recherché, non pas une causalité simple de la transplantation sur la psychopathologie de l'enfant immigré, mais à discerner son application dans les processus morbides. Il nous semble que la compréhension de ce phénomène doive nous amener à une interprétation plus exacte des symptômes significatifs d'une histoire et d'un individu.

B I B L I O G R A P H I E

J.M. ALBY
H.P. KLOTZ — L'obésité - EMC 1968 et maigreur

Z. ALMEIDA — Introduction à la psychopathologie de la transplantation - "l'information psychiatrique" - Février 1972

R. BASTIDE — Sociologie des maladies mentales - Flammarion - 1965

H. BERNER — Psychopathologie de l'immigration - EMC-1967

H. BERNER &
H.J. ZAPOTOCZKY — Psychopathologie des transplantés "Confrontation psychiatrique" Nº4 - 1969

M. BERTHOZ — Quelques problèmes de bilinguisme comparé "Cahiers de linguistique appliquée" Décembre 1972

R. BLEY — L'adaptation des adolescents - "Information sociale" -Nº 5-6 - 1969

M.A. BLOCH — 750 000 enfants de travailleurs émigrés "Education" - Mai 1971

Ch. BRISSET — Anthropologie culturelle et psychiatrie EMC - 1960

F. CANNONNE
S. TOMKIEWICZ &
J. DUCHE — Etude médico-sociale et psychopédagogique de 50 enfants algériens demeurant dans un bidon ville -"Revue de neuro-psychiatrie infantile" Mars 1969

B. GRANOTIER — Les travailleurs émigrés en France - Maspero - 1970

G. HERNET — Les espagnols en France- Les éditions ouvrières -1967

A. KARDINER — L'individu dans sa société - Gallimard 1969

S. LEBOVICI — Psychologie sociale appliquée et problèmes d'assistance - "Psychiatrie appliquée" Fasc. 1 - 1964

G. MAUCO — Notes périodiques -D.R.S.S. Janvier 1971

J. Mc.FIE & J. M. THOMPSON — Intellectual oblities of immigrant children -"The British Journal of educational psychology" -

E. PAVENSTEEDT — The drifters - Little brown - 1967

C. STEN — Le mutisme chez l'enfant - Thèse 1954

P. STRAUSS — Les problèmes de protection maternelle et infantile posés par les enfants de travailleurs migrants - "Pédiatrie" 1966 Nº8

P. STRAUSS — La santé de l'enfant migrant - "Information sociale" Nº 5-6 - 1969

G. TAPINOS — Problèmes posés par les enfants de travailleurs migrants - INED Décembre 1968

VU, le Président de Thèse

MONSIEUR le PROFESSEUR SERGE LEBOVICI

VU, le Doyen de la Faculté de Médecine

Paul CASTAIGNE

Vu, et Permis d'Imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET